

**PEMERIKSAAN PAYUDARA SENDIRI (SADARI) DI INDONESIA MENURUT
MODUL KESEHATAN SURVEI SOSIAL EKONOMI NASIONAL 1998
DAN SURVEI KESEHATAN RUMAH TANGGA 2004**

Suhardi ¹, Yulianti Pradono ², Dwi Hapsari ² dan Siti Isfandari ¹

***BREAST SELF EXAMINATION IN INDONESIA ACCORDING TO
THE NATIONAL SOCIO ECONOMIC SURVEY 1998 AND
NATIONAL HOUSEHOLD HEALTH SURVEY 2004***

Abstract. *Breast cancer is the second leading cause of malignancies among females in Indonesia and the only feasible intervention at present is secondary prevention by BSE (Breast Self Examination). The main objective of this article is to depict trends and differentials on the prevalence rate of women aged 30 years and over who knew about and practiced BSE based on the results of analysis on a subset of Susenas (the National Socio Economic Survey) 1998 and SKRT (the National Household Health Survey) 2004 database. According to Susenas 1998, the prevalence rate of women aged 30 years and over (n = 55.621) who knew about BSE was 14.2 % in urban areas, 3.1 % in rural areas and 7.3 % in both areas, and the prevalence rate of those who practiced BSE in the past year was 7.4 % in urban areas, 1.4 % in rural areas, and 3.6 % in both areas. In the next survey, SKRT 2004 found the prevalence rate of women aged 30 years and over (n = 3.346) who ever practiced BSE (without time reference) was 19.0 % in urban areas, 5.7 % in rural areas and 11.3 % in both areas. The two surveys reveal that the prevalence rate of BSE was higher in urban areas, both for the entire country and all islands and provinces. The prevalence rate was also higher in younger age groups and those with better education and socioeconomic level. Despite the apparently sharp increase of prevalence rates between 1998 and 2004, the coverage of BSE practice was still far from enough for a significant reduction in the proportion of breast cancer in late stages among females.*

Keywords : *breast self examination, coverage, national health survey*

PENDAHULUAN

Kanker sebagai salah satu dari 10 penyakit penyebab kematian utama pada SKRT 1980, 1986, 1992, 1995, dan 2001 telah meningkat proporsinya berturut-turut dari 3,4 %, 4,3 %, 4,4 %, 5,0 % menjadi 6,0 % ⁽¹⁾. Walaupun insidens kanker relatif rendah dibanding dengan penyakit menular, yaitu hanya sekitar 100 kasus baru per 100,000 penduduk per tahun, tetapi pada

umumnya angka survivalnya pendek atau fatal karena sebagian besar penderita ditemukan sudah pada stadium lanjut. Berdasarkan studi analisis beban penyakit, neoplasma ganas ternyata menyebabkan kehilangan Dalys sebanyak 1.604.780 tahun atau nomor 10 tertinggi di Indonesia ⁽²⁾.

Peringkat pertama dan kedua kanker di kalangan perempuan masing-masing adalah kanker serviks dan kanker payudara. Registrasi kanker populasi di Kodya

¹ Puslitbang Biomedis dan Farmasi

² Puslitbang Ekologi dan Status Kesehatan

Semarang 1990-1999 melaporkan angka insidens yang telah distandardisasi (*Age Standardized Rate*) masing-masing sebesar 21,77 dan 14,84 per 100,000 per tahun ⁽³⁾. Kedua jenis kanker ini sebenarnya dapat di “sembuh” kan bila ditemukan pada stadium dini.

Karena penyebab utama kedua jenis kanker ini belum dapat dipastikan dan tampaknya bersifat multi faktorial (faktor risiko misalnya riwayat keluarga, mutasi gen, riwayat tumor jinak, haid pertama lebih awal dan menopause lebih lambat, belum pernah menyusui, melahirkan anak pertama >30, konsumsi lemak tinggi, peminum alkohol), pencegahan primer berupa perubahan gaya hidup dan upaya lainnya belum ada yang efektif. Intervensi yang lebih mungkin adalah pencegahan sekunder berupa deteksi dini dan skrining, untuk menurunkan tingkat stadia (*down staging*) sehingga dapat memperpanjang tingkat kelangsungan hidup (*survival rate*) dan menurunkan angka kematian ^(4,5).

Upaya yang telah dilakukan berbagai pihak selama ini untuk deteksi dini kanker payudara adalah kampanye mengenai Sadari (pemeriksaan payudara sendiri), dan akhir-akhir ini adanya pelayanan keliling mamografi di Jakarta. Namun sampai saat ini cakupan pengetahuan dan praktek Sadari di masyarakat belum diketahui baik secara nasional maupun provinsi. Indikator cakupan yang merupakan *output* berbagai upaya ini belum masuk dalam indikator Indonesia sehat 2010 dan standar minimal pelayanan kesehatan bidang kesehatan, walaupun indikator ini penting untuk menilai *trend* dan keberhasilan upaya pencegahan sekunder kanker payudara ^(6,7).

Dalam Modul Kesehatan Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional) 1998 terdapat 2 pertanyaan tentang pengetahuan Sadari dan dalam SKRT (Survei Kesehatan

Rumah Tangga) 2004 terdapat 2 pertanyaan mengenai Sadari dan mamografi. Tujuan artikel ini adalah untuk menyajikan diferensial dan *trend* cakupan pengetahuan dan praktek Sadari di kalangan perempuan berumur 30 tahun ke atas menurut berbagai faktor sosial ekonomi dan wilayah tempat tinggal berdasarkan hasil analisis subset database kedua survei tersebut.

METODE

Susenas 1998 terdiri dari Kor dan Modul (Pendidikan dan Perumahan, dan Kesehatan dan Gizi) dengan besar sampel masing-masing 208.064 dan 65.664 rumah tangga. Dengan demikian 65.664 responden diwawancari 2 kali dengan kuesioner Kor dan Modul, dan 142.400 responden diwawancari 1 kali dengan kuesioner Kor saja. Dengan besar sampel seperti ini, Kor dan Modul masing-masing dapat menggambarkan suatu variabel sosial ekonomi paling jauh sampai level kabupaten/kota dan propinsi.

Dari database Kor dan Modul Kesehatan Susenas 1998, diambil subset database gabungan sejumlah variabel yang berkaitan langsung dan tidak langsung dengan Sadari pada perempuan umur 30 tahun ke atas yang seluruhnya berjumlah 55.621 *record*.

SKRT 2004 menggunakan sampel sebesar 10.000 rumah tangga yang merupakan subsampel dari sampel Modul Susenas 2004. Besar sampel Kor dan Modul Susenas 2004 masing-masing adalah 249.376 dan 67.072 rumah tangga. Dengan demikian SKRT 2004 hanya mampu menggambarkan keadaan suatu variabel kesehatan paling jauh sampai level kawasan atau pulau saja.

Dari database SKRT 2004, Kor dan Modul Kesehatan Susenas 2004, diambil subset database gabungan beberapa variabel yang berkaitan langsung dan tidak langsung dengan Sadari pada perempuan umur 15 tahun keatas yang seluruhnya berjumlah 4.827 *record*, terdiri dari perempuan umur 15-29 tahun sebanyak 1.481 dan umur 30 tahun ke atas sebanyak 3.346 *record*.

Analisis data dilakukan dengan Paket Program SPSS PC versi 10 dan bobot individu ikut dimasukkan dalam perhitungan.

Pada Modul Susenas 1998, pewawancara adalah mantri statistik kecamatan, mitra statistik (yang direkrut dari luar), staf kantor statistik kabupaten atau propinsi, minimal lulusan SLTA, dan sebagian besar

laki-laki, sedang responden adalah semua anggota rumah tangga dari rumah tangga terpilih.

Pada SKRT 2004, pewawancara adalah tenaga kesehatan, minimal berpendidikan D3, dengan rasio laki perempuan seimbang, sedang yang diwawancara dari tiap rumah tangga terpilih hanya 1 responden berumur 15 tahun ke atas. Pemilihan responden 15 tahun ke atas ini dilakukan secara acak berdasarkan Tabel Kish. Tujuannya untuk mengatasi homogenitas perilaku kesehatan anggota rumah tangga dalam suatu rumah tangga. Pertanyaan tentang Sadari dalam Modul Kesehatan Susenas 1998 adalah sebagai berikut :

Apakah mengetahui atau pernah mendengar tentang SADARI (periksa payu dara sendiri) ?					<input type="checkbox"/>
Ya	1	Tidak	2	=> (R25)	
Berapa kali melakukan SADARI tersebut dalam satu tahun terakhir ?					<input type="checkbox"/>
10-12 kali	1	4-6 kali	3	Tidak pernah	
7- 9 kali	2	1-3 kali	4		

Buku Pedoman Pencacah Modul Susenas 1998 menjelaskan sebagai berikut : Sadari adalah pemeriksaan payudara yang dilakukan sendiri dalam 1 minggu setelah haid mulai keluar, atau pada tanggal tertentu setiap bulan pada perempuan yang telah menopause (berhenti haid), untuk menemukan adanya benjolan dan atau kelainan lain pada payudara, serta untuk mendeteksi secara dini kanker payudara. Pemeriksaan yang dilakukan sendiri pada prinsipnya harus terdiri dari 3 bagian, yakni : *meraba* waktu berdiri atau duduk (biasanya waktu

mandi), *melihat* di depan cermin dengan lengan lurus ke bawah, lengan terangkat, lengan menekan pinggang, dan memencet puting, dan *meraba sirkuler* (melingkar) waktu berbaring. Pertanyaan tentang Sadari dalam SKRT 2004 adalah sebagai berikut :

Buku Pedoman Pewawancara SKRT 2004 memberikan penjelasan tentang Sadari lebih rinci disertai dengan 8 gambar, yang dikutip dari leaflet Periksa Payudara Sendiri "SADARI" terbitan YKI (Yayasan Kanker Indonesia)

Apakah Saudari pernah melakukan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) ?	1. Ya	2. Tidak	<input type="checkbox"/>
---	-------	----------	--------------------------

Tabel 1. Prevalensi penduduk perempuan umur 30 tahun ke atas yang mengetahui dan melakukan Sadari dalam 1 tahun terakhir menurut domisili Susenas 1998

Kode Prop	Daerah	Mengetahui			Melakukan		
		K	D	K+D	K	D	K+D
11	DI Aceh	14,2	4,5	6,6	8,6	2,5	3,8
12	Prop. Sumatera Utara	11,3	5,5	8,1	4,8	1,5	3,0
13	Prop. Sumatera Barat	16,4	4,1	7,3	5,2	1,6	2,5
14	Prop. Riau	22,2	4,9	10,9	10,1	2,5	5,1
15	Prop. Jambi	14,3	1,7	5,6	4,5	0,8	2,0
16	Prop. Sumatera Selatan	6,2	1,3	2,8	2,4	0,1	0,8
17	Prop. Bengkulu	16,8	2,7	6,7	10,1	2,4	4,6
18	Prop. Lampung	17,4	1,8	4,6	4,1	1,2	1,7
	Sumatera	13,1	3,4	6,4	5,3	1,4	2,6
31	DKI Jakarta	21,9	-	21,9	13,1	-	13,1
32	Prop. Jawa Barat	13,3	4,1	8,2	6,2	1,8	3,8
33	Prop. Jawa Tengah	11,6	2,5	5,7	6,7	1,2	3,2
34	Prop. DI Yogyakarta	21,5	8,7	15,3	12,6	4,6	8,8
35	Prop. Jawa Timur	12,4	2,2	5,6	6,8	0,8	2,8
51	Prop. Bali	13,4	4,9	8,0	7,4	2,2	4,1
	Jawa Bali	14,4	3,1	7,8	7,8	1,4	4,1
61	Prop. Kalimantan Barat	18,3	2,4	5,9	10,7	1,0	3,1
62	Prop. Kalimantan Tengah	23,0	1,4	6,8	12,2	0,8	3,6
63	Prop. Kalimantan Selatan	11,5	2,3	5,1	4,4	1,4	2,3
64	Prop. Kalimantan Timur	17,8	2,3	10,6	9,8	1,4	5,9
	Kalimantan	16,7	2,2	6,8	8,7	1,1	3,5
71	Prop. Sulawesi Utara	25,4	11,5	15,6	16,2	4,7	8,1
72	Prop. Sulawesi Tengah	20,0	1,6	6,0	4,7	0,6	1,6
73	Prop. Sulawesi Selatan	8,3	2,2	4,0	4,5	1,0	2,1
74	Prop. Sulawesi Tenggara	11,3	3,1	5,2	7,9	0,6	2,5
	Sulawesi	13,5	4,1	6,8	7,3	1,7	3,3
81	Prop. Maluku	11,3	1,9	4,6	2,4	0,5	1,1
82	Prop. Irian Jaya	20,1	2,0	7,2	9,9	1,4	3,8
52	Prop. Nusa Tenggara Barat	12,6	1,4	3,5	6,6	0,6	1,7
53	Prop. Nusa Tenggara Timur	21,1	3,3	5,7	8,9	2,0	2,9
54	Prop. Timor Timur	4,9	6,7	6,6	1,2	1,6	1,6
	M I N T	15,4	2,6	5,1	6,6	1,2	2,3
Indonesia		14,2	3,1	7,3	7,4	1,4	3,6

n = 55.621 K – perkotaan D - perdesaan

HASIL

Response dan merging rate

Untuk Modul Kesehatan Susenas 1998, semua responden perempuan berumur 30 tahun ke atas yang berjumlah 55,621 orang menjawab pertanyaan tentang Sadari (response rate 100 %) *Merging* antara Modul dengan Kor yang berkaitan dengan sejumlah variabel sosial ekonomi menghasilkan subset database gabungan yang berjumlah 54,206 *record* (*merging rate* 97,46 %).

Untuk SKRT 2004, dari 10.000 responden laki dan perempuan umur 15 tahun ke atas yang direncanakan, responden perempuan yang berhasil diwawancari berjumlah 4827 orang, terdiri dari 1.481 yang berumur 15-29 tahun dan 3.346 yang berumur 30 tahun ke atas. *Merging* selanjutnya dengan Kor Susenas 2004 menghasilkan subset data gabungan yang berjumlah 3.282 *record* (*merging rate* 98,01 %).

Mengetahui Sadari

Menurut Susenas 1998, prevalensi perempuan 30 tahun ke atas yang mengetahui Sadari di perkotaan jauh lebih tinggi daripada di pedesaan, yaitu masing-masing 14,2 % dan 3,1%, demikian pula untuk masing-masing propinsi. Makin sulit geografisnya, makin besar perbedaan tersebut; misal untuk Kalteng 23,0 % dan 1,4 %, NTT 21,1 % dan 3,3 %, Maluku 11,3 % dan 1,9 % dan Irija 20,1 % dan 2,0 %. Daerah perkotaan yang prevalensinya lebih dari 20 % berada di provinsi Riau, DKI Jakarta, DIY, NTT, Kalteng, Sulut, Sulteng dan Irija. Prevalensi untuk Indonesia secara keseluruhan adalah 7,3 %. (Tabel 1).

Menurut Susenas 1998, prevalensi perempuan 30 tahun ke atas yang mengetahui Sadari menurun menurut kelompok umur, yakni 10,1 % untuk 30-39 tahun,

8,6 % untuk 40-49 tahun, 5,5 % untuk 50-59 tahun, dan 1,8 % untuk 60 tahun ke atas. Di lain pihak, prevalensi meningkat menurut tingkat pendidikan, yakni 0,6 % untuk yang tidak sekolah, 2,4 % untuk yang tidak tamat SD, 5,7 % untuk yang tamat SD, 15,5 % untuk yang tamat SLTP, 29,6 % untuk yang tamat SLTA, dan 43,8 % untuk akademi dan universitas. Demikian pula prevalensi berhubungan dengan status perkawinan (yang sejalan dengan umur) dan meningkat menurut kuintil pengeluaran per ART (Anggota Rumah Tangga) per bulan (Tabel 2)

Pernah melakukan Sadari

Menurut Susenas 1998, prevalensi perempuan 30 tahun ke atas yang pernah melakukan Sadari dalam 1 tahun terakhir di perkotaan jauh lebih tinggi daripada di pedesaan, masing-masing 7,4 % dan 1,4 %, demikian pula untuk masing-masing propinsi. Makin sulit geografisnya, makin besar perbedaan tersebut; misal untuk Kalteng, NTT, Maluku dan Irija, masing-masing : 12,2 % dan 0,8 %, 8,9 % dan 2,0 %, 2,4 % dan 0,5 %, 9,9 % dan 1,4 %. Daerah perkotaan yang prevalensinya lebih dari 10 % berada di provinsi Riau, Bengkulu, DKI Jakarta, DIY, Kalbar, Kalteng, dan Sulut. Prevalensi untuk Indonesia secara keseluruhan adalah 3,6 %. (Tabel 1).

Menurut Susenas 1998, prevalensi perempuan 30 tahun ke atas yang pernah melakukan Sadari dalam 1 tahun terakhir menurun menurut kelompok umur, yakni 5,3 % untuk 30-39 tahun, 4,4 % untuk 40-49 tahun, 2,2 % untuk 50-59 tahun, dan 0,7 % untuk 60 tahun ke atas. Di lain pihak prevalensi meningkat menurut tingkat pendidikan, 0,3 % untuk yang tidak sekolah, 0,9 % untuk yang tidak tamat SD, 2,6 % untuk yang tamat SD, 7,5 % untuk yang tamat SLTP, 15,5 % untuk yang tamat SLTA, dan 25,1 % untuk akademi dan

Tabel 2. Prevalensi penduduk perempuan umur 30 tahun ke atas yang mengetahui dan melakukan Sadari dalam 1 tahun terakhir menurut karakteristik ARTSusenas 1998 *

No.	Karakter	Mengetahui			Melakukan		
		K	D	K+D	K	D	K+D
1	Umur						
	30-39 tahun	17,9	5,0	10,1	9,8	2,3	5,3
	40-49 tahun	16,9	3,4	8,6	9,1	1,4	4,4
	50-59 tahun	12,2	1,7	5,5	5,1	0,6	2,2
	60+ tahun	4,0	0,6	1,8	1,5	0,2	0,7
2	Frekuensi						
	10-12 kali				2,3	0,3	1,1
	7- 9 kali				0,9	0,2	0,5
	4- 6 kali				1,4	0,3	0,7
	1- 3 kali				2,8	0,6	1,4
3	Status perkawinan						
	Belum kawin	15,0	2,9	9,9	7,0	0,5	4,3
	Kawin	16,5	3,8	8,5	8,7	1,7	4,3
	Cerai hidup	10,4	2,0	5,2	5,3	0,8	2,5
	Cerai mati	5,2	0,7	2,3	2,3	0,4	1,0
4	Pendidikan						
	Tidak sekolah	1,2	0,5	0,6	0,6	0,2	0,3
	Tidak tamat SD	4,4	1,6	2,4	1,5	0,7	0,9
	Tamat SD	8,9	3,8	5,7	4,1	1,6	2,6
	Tamat SLTP	18,7	9,8	15,5	9,2	4,4	7,5
	Tamat SLTA	33,0	20,0	29,6	18,0	8,6	15,5
	Akademi/ Universitas	46,3	34,8	43,8	27,2	17,9	25,1
5	Belanja /ART/ bulan **						
	Kuintil 1	3,8	1,2	1,6	1,5	0,5	0,7
	Kuintil 2	8,7	1,9	2,8	4,3	0,8	1,1
	Kuintil 3	12,9	2,3	4,8	5,9	0,9	2,2
	Kuintil 4	18,1	3,5	8,4	10,6	1,5	3,9
	Kuintil 5	28,4	7,0	20,3	15,9	3,3	10,9
Indonesia		14,2	3,1	7,3	7,4	1,4	3,6

* n = 55.621

** n = 54.206

K – perkotaan

D - perdesaan

universitas. Demikian pula prevalensi berhubungan dengan status perkawinan (yang sejalan dengan umur) dan meningkat menurut kuintil pengeluaran per ART (Anggota Rumah Tangga) per bulan. Prevalensi yang melakukan Sadari tiap bulan atau hampir tiap bulan 1,1 % atau proporsinya 31,0 % dari total yang melakukan Sadari dalam 1 tahun terakhir (Tabel 2)

Menurut SKRT 2004, prevalensi perempuan 15-29 tahun ke atas yang pernah melakukan Sadari (tanpa referensi waktu) di perkotaan lebih tinggi daripada di pedesaan, yaitu masing-masing 22,5 % dan 10,6 %, demikian pula untuk masing-masing pulau. Untuk perempuan 30 tahun ke atas, prevalensi yang pernah melakukan Sadari di perkotaan juga lebih tinggi daripada di pedesaan, yaitu masing-masing 19,0 % dan 5,7 %, demikian pula untuk masing-masing pulau. Prevalensi untuk Indonesia secara keseluruhan pada kelompok umur 15-29 tahun 16,3 % dan umur 30 tahun ke atas 11,3 %. Perbedaan prevalensi antara perko-

taan dan pedesaan tidak sebesar pada Susenas 1998 (Tabel 3, Gambar 1-2).

Menurut SKRT 2004, prevalensi perempuan 30 tahun ke atas yang pernah melakukan Sadari menurun menurut kelompok umur, yakni berturut-turut 18,0 % untuk kelompok umur 30-39 tahun, 11,6 % untuk kelompok umur 40-49 tahun, 5,5 % untuk kelompok umur 50-59 tahun, dan 3,3 % untuk kelompok umur 60 tahun ke atas. Di lain pihak prevalensi meningkat menurut tingkat pendidikan, 3,3 % untuk yang tidak sekolah/tidak tamat SD, 6,6 % untuk yang tamat SD, 18,0 % untuk yang tamat SLTP, 35,1 % untuk yang tamat SLTA, dan 44,4 % untuk akademi dan universitas. Demikian pula prevalensi berhubungan dengan status perkawinan (yang sejalan dengan umur) dan meningkat menurut kuintil pengeluaran per ART (Anggota Rumah Tangga) per bulan. Prevalensi pada tenaga kesehatan 29.9 %, sedang pada tenaga bukan kesehatan 10.8 % (Tabel 4)

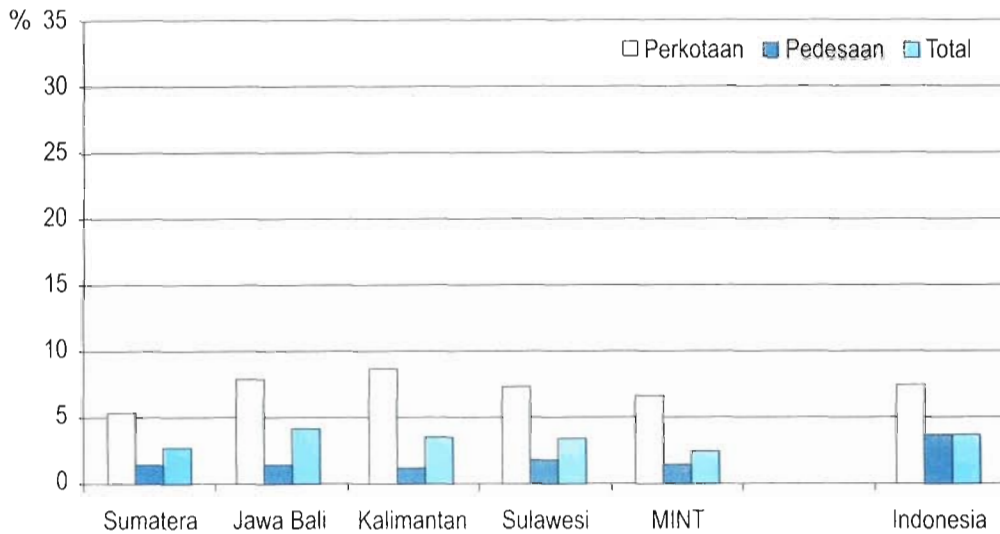
Tabel 3. Prevalensi penduduk perempuan umur 15-29 tahun yang pernah melakukan Sadari menurut domisili SKRT 2004

No	Daerah	15-29 tahun *			30 tahun ke atas **		
		K	D	K+D	K	D	K+D
1	Sumatera	20,5	9,2	13,8	19,8	6,7	10,7
2	Jawa Bali	22,3	10,3	17,0	19,5	5,5	10,5
3	Kalimantan	16,2	19,6	19,1	23,8	16,7	20,1
4	Sulawesi	39,4	13,4	21,2	29,8	12,6	16,3
5	M P N T	24,0	6,3	11,2	17,1	6,9	8,8
Indonesia		22,5	10,6	16,3	19,0	5,7	11,3

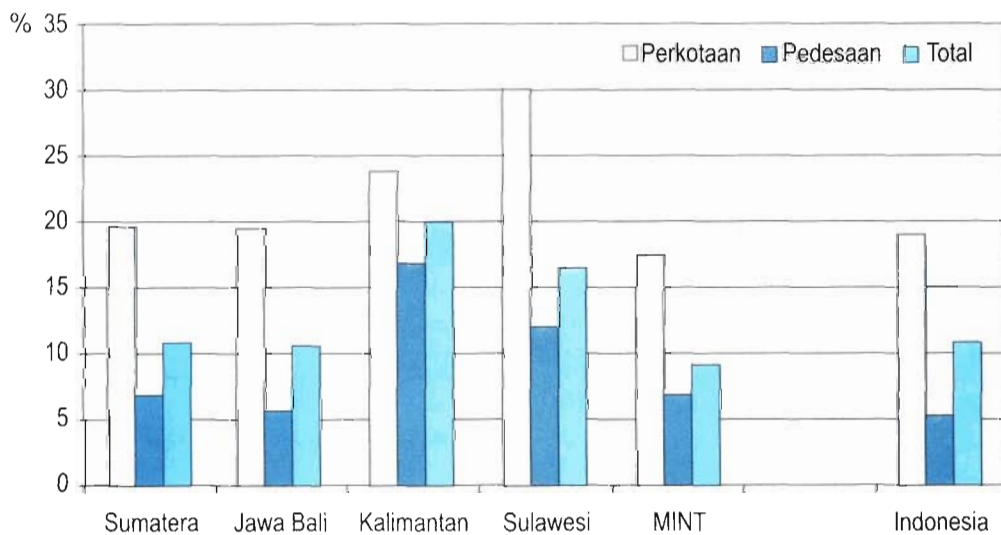
* n = 1.481 ** n = 3.346

K – perkotaan

D – pedesaan



Gambar 1. Prevalensi perempuan 30 tahun ke atas yang melakukan Sadari dalam 1 tahun terakhir menurut Susenas 1998



Gambar 1 Prevalensi perempuan 30 tahun ke atas yang pernah Sadari menurut SKRT 2004

PEMBAHASAN

Deteksi dini kanker payudara untuk tumor yang belum teraba dilakukan dengan pemeriksaan mamografi dan USG (*Utra*

Sono Graphy). Pemeriksaan mamografi biasanya dilakukan pada perempuan 35-40 tahun ke atas, sedang pemeriksaan dengan USG dilakukan pada perempuan yang lebih muda, karena jaringan payudara yang lebih

padat pada perempuan yang lebih muda bisa menghalangi pencitraan dengan mamografi. Selain itu mamografi yang mempunyai sensitivitas 80-90 %, dan spesifisitas dengan pemeriksaan konfirmasi lanjutan mendekati 100 %, nilai prediktif positifnya hanya sekitar 50 %, berarti hanya separuh dari penderita kanker payudara

stadium dini yang akan ditemukan oleh program skrining. Hal ini disebabkan oleh relatif rendahnya prevalensi kanker payudara. Dengan demikian program skrining untuk kanker payudara tidak seefektif program skrining untuk kanker serviks yang prevalensinya sedikit lebih tinggi dan sensitivitasnya lebih baik ⁽⁸⁾.

Tabel 4. Prevalensi penduduk perempuan umur 30 tahun ke atas yang pernah melakukan Sadari menurut karakteristik ART SKRT 2004 *

No.	Karakter	K	D	K+D
1	Umur			
	15-29 tahun	20,2	7,1	16,3
	30-39 tahun	26,0	10,4	18,0
	40-49 tahun	19,6	5,6	11,6
	50-59 tahun	12,5	1,7	5,5
	60+ tahun	5,3	2,3	3,3
2	Status perkawinan			
	Belum kawin	25,0	-	13,8
	Kawin	21,7	6,7	13,2
	Cerai hidup	12,2	11,5	11,7
	Cerai mati	9,0	2,2	4,7
3	Pendidikan			
	Tidak sekolah/tamat SD	4,9	2,6	3,3
	Tamat SD	8,6	5,6	6,6
	Tamat SLTP	23,0	12,1	18,0
	Tamat SLTA	38,2	26,0	35,1
	Akademi/ Universitas	49,5	25,0	44,4
4	Pekerjaan			
	Tenaga kesehatan	50,0	11,8	29,9
	Bukan tenaga kesehatan	18,0	5,6	10,8
5	Belanja /ART/ bulan **			
	Kuintil 1	7,8	4,8	5,3
	Kuintil 2	9,0	5,5	6,5
	Kuintil 3	13,9	5,3	8,6
	Kuintil 4	15,7	6,6	11,2
	Kuintil 5	30,7	9,4	26,1
	Indonesia	19,0	5,7	11,3

* n = 3.346 ** n = 3.282

K – perkotaan D - perdesaan

World Health Organization menyatakan, bila fasilitas pelayanan tersedia dengan aksesibilitas yang luas, program skrining mamografi dan pemeriksaan klinis payudara, serta pemeriksaan lanjutan terhadap individu yang positif atau dicurigai, akan menurunkan mortalitas sampai sepertiga pada perempuan umur 50-69 tahun. Mamografi dianjurkan dilakukan sekali setiap 2-3 tahun. Namun untuk kelompok umur yang lebih muda, bukti-bukti efektifitas skrining mamografi masih terbatas ⁽⁹⁾. CDC menganjurkan mamografi dan pemeriksaan klinis dilakukan pada perempuan umur 40 tahun ke atas setiap 1-2 tahun sekali ⁽¹⁰⁾. Karena di Indonesia kanker payudara ditemukan pada umur lebih muda, pemeriksaan mamografi dianjurkan pada perempuan mulai umur 35 tahun ke atas.

Kendala yang dihadapi oleh negara sedang berkembang adalah alat mamografi hanya tersedia di kota-kota besar dan biaya pemeriksaan kurang terjangkau oleh sebagian besar masyarakat. Biaya pemeriksaan di Jakarta sekitar Rp 250.000 s/d 300.000,- yang sebenarnya masih lebih murah daripada biaya di Amerika Serikat yang besarnya sekitar US \$ 50 s/d 150. Adapun cakupan pemeriksaan mamografi untuk perempuan umur 40 tahun ke atas di Amerika Serikat pada tahun 2004 sudah mencapai 74,7 % ⁽¹⁰⁾. Sedang berdasarkan analisa pendahuluan terhadap subset database SKRT 2004, cakupan mamografi dalam 3 tahun terakhir pada perempuan tamat SLTA ke atas di daerah perkotaan 3,0 %.

Dalam suatu studi mengenai pemanfaatan alat mamografi di *National Cancer Institute* di Thailand dari 1997-1999, biaya rata-rata per pemeriksaan sekitar 1.710 Baht (sekitar Rp. 342.000), sedang biaya marginal sekitar 467 Baht (sekitar Rp. 93.000), *cost recovery ratio* 0,64, dan hanya 47 % pasien dari *break event points*

(*minimal* 23 kasus per hari) yang dilayani. Jumlah alat yang terpasang adalah 113 buah untuk seluruh Thailand, 61 buah diantaranya berada di Bangkok dan sekitarnya ⁽¹¹⁾.

Dengan demikian Sadari masih merupakan alternatif bagi negara sedang berkembang untuk jangka 1-2 dekade kedepan ⁽¹²⁾. Sadari adalah pemeriksaan yang tidak menimbulkan trauma, sederhana dan tanpa biaya, serta tidak menimbulkan rasa malu, walaupun pada saat tumor ditemukan oleh pasien, sudah berukuran sekitar 2.5 cm atau setara dengan stadium IIa-IIb ^(10,13). Studi yang menyokong tentang manfaat Sadari misalnya studi kohort di Finlandia yang dilakukan oleh Gastrin dan studi kasus kontrol di Kanada yang dilakukan oleh Harvey, sedang yang menyatakan bahwa Sadari tidak terbukti menurunkan angka kematian misalnya studi efektifitas skrining Sadari dengan alokasi random di China ^(9, 10).

Dalam hal ini meningkatnya angka survival tidak dapat dijadikan dasar untuk menyatakan suatu program skrining efektif karena adanya bias akibat diagnosis lebih awal (*lead bias*). Meskipun demikian, untuk kanker payudara, kedua studi di atas dan data survival dari sejumlah registri kanker mendukung hipotesis titik genting (*critical point*), yaitu perjalanan penyakit berbeda bermakna antara yang diobati pada periode sebelum (stadium awal) dan sesudah titik genting (stadium lanjut) ^(14, 15). Dengan Sadari, juga proporsi stadium lanjut dapat diturunkan melalui peningkatan kesadaran dan peran serta aktif kaum perempuan untuk menemukan kanker pada keadaan yang masih operabel, sehingga penderita dan keluarga dapat hidup dengan kualitas baik lebih lama ⁽¹⁶⁾.

Prevalensi perempuan yang mengetahui dan pernah melakukan Sadari

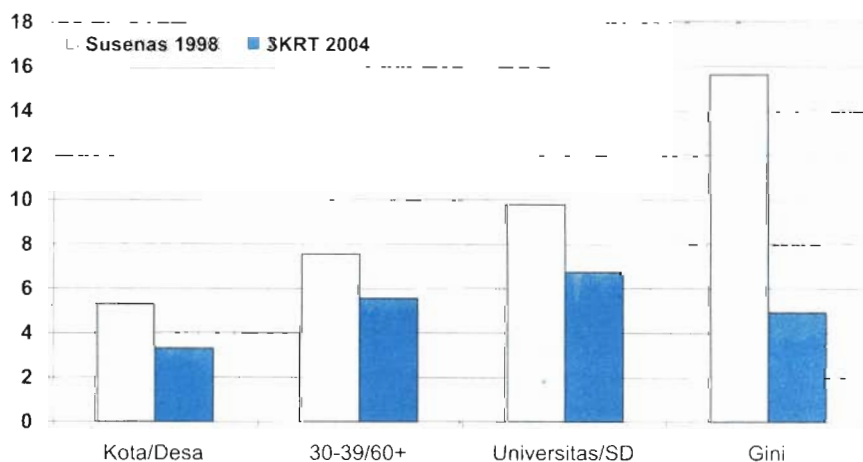
berdasarkan Susenas 1998 di Indonesia ternyata masih jauh dari yang diharapkan, dan Propinsi Jawa Timur yang dipandang aktif dalam promosi Sadari, tidak tampak menonjol pada hasil Susenas 1998 (Tabel 1). Di lain pihak, prevalensi perempuan yang pernah melakukan Sadari berdasarkan SKRT 2004 yang menunjukkan kenaikan cukup besar, belum cukup untuk menimbulkan penurunan proporsi stadium lanjut yang bermakna. Angka yang melakukan Sadari dengan tepat juga akan lebih rendah mengingat pertanyaan langsung tentang Sadari dalam kedua survei tersebut masih bersifat umum, tidak menanyakan dan mengecek apakah responden mengetahui dan melaksanakan ketiga bagian Sadari, yang memerlukan waktu sekitar 5 menit. Selain itu pada Susenas 1998 sebagian besar pewawancara adalah laki-laki, dan pada SKRT 2004, referensi waktu 1 tahun tidak dipakai, sehingga mengganggu komparabilitas kedua survei.

Untuk membantu responden memahami pertanyaan tentang Sadari dalam Susenas 1998, pewawancara dibekali dengan leaflet Sadari dan Tes Pap dari YKI yang

dilengkapi dengan gambar-gambar dan telah diujicoba sebelum diperbanyak, dan pewawancara diwajibkan memohon maaf sebelum mengajukan pertanyaan yang sensitif gender ini. Dalam SKRT 2004, dalam setiap tim survei di lapangan, terdapat tenaga kesehatan perempuan

Terlepas dari kekurangan diatas, hasil kedua survei konsisten dengan teori-teori tentang perilaku kesehatan⁽¹⁷⁾. Prevalensi perempuan yang mengetahui dan melakukan Sadari, mempunyai korelasi dengan kelompok umur, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan dan kuintil pengeluaran per ART per bulan. Demikian pula perbaikan dalam rasio gini dari 15,6 (10,9/0,7) menjadi 4,9 (26,1/5,3) sejalan dengan menurunnya rasio perkotaan pedesaan dari 5,3 (7,4/1,4) menjadi 3,3 (19,0/5,7) akibat makin baiknya akses pada informasi (Gambar 3).

Sebagai bandingan, hasil survei di beberapa negara dengan pertanyaan yang lebih lengkap menunjukkan angka yang melakukan Sadari dengan teratur tiap bulan lebih tinggi.



Gambar 3. Rasio prevalensi perempuan 30 tahun ke atas yang melakukan sadari antara kota/desa, muda/tua, universitas/SD dan kuintil 5/1 (Gini menurut Susenas 1998 dan SKRT 2004

Survei pada 1.720 pekerja perempuan di 10 pabrik elektronik umur 20 tahun ke atas di Malaysia tahun 1999-2000 memperlihatkan bahwa prevalensi yang melakukan Sadari adalah 24,4 %. Survey nasional kesehatan di Australia tahun 1995 mengungkapkan bahwa prevalensi pada perempuan umur 18 tahun ke atas adalah 60 %. Studi pada 284 dokter perempuan umur 24-67 tahun yang representatif untuk Norwegia menunjukkan prevalensi sebesar 30,6 %. Survei lainnya pada perempuan umur 25-75 tahun di kota besar di Jerman tahun 2005 menghasilkan angka sebesar 43,1 % untuk Sadari dan 55,5 % untuk mamografi ⁽¹⁸⁾

Untuk meningkatkan prevalensi perempuan yang melakukan Sadari teratur setiap bulan di suatu daerah, dapat dilakukan dengan mengembangkan program skrining Sadari. Komponen penting yang harus disiapkan antara lain adalah materi penyuluhan dan fasilitas rujukan. Materi penyuluhan selain memberikan informasi yang rinci tentang Sadari, juga harus memberikan gambaran yang jelas tentang seriusnya kanker payudara, sesuai dengan teori-teori tentang perilaku kesehatan, karena masyarakat mungkin kurang menyadari masalah ini akibat relatif rendahnya prevalensi penyakit ini dibanding misalnya dengan berbagai penyakit menular ⁽¹⁷⁾. Data Susenas 1998 menunjukkan hanya separuh dari yang mengetahui tentang Sadari, melakukannya dalam setahun terakhir dan hanya seperenamnya yang melakukan teratur setiap bulan.

Secara umum tren prevalensi perempuan umur 30 tahun keatas yang melakukan Sadari dari tahun 1998 sampai dengan 2004 meningkat beberapa kali lipat baik di perkotaan maupun di pedesaan, namun belum cukup bermakna untuk menurunkan proporsi stadium lanjut kanker payudara.

Untuk meningkatkan prevalensi perempuan yang melakukan Sadari dengan benar dan teratur tiap bulan, persepsi tentang kanker payudara harus diperbaiki dan informasi rinci tentang cara melakukan Sadari harus diberikan pada masyarakat yang menjadi sasaran.

Bila program skrining Sadari akan dikembangkan di suatu daerah, sebelumnya fasilitas rujukan harus disiapkan. Survei khusus Sadari atau survei umum dengan Sadari sebagai salah satu indikator perlu dilakukan untuk membandingkan keadaan sebelum dan sesudah program skrining berjalan. Paket pertanyaan pokok yang baku tentang pengetahuan dan praktek Sadari perlu disiapkan. Prevalensi perilaku Sadari teratur setiap bulan oleh perempuan umur 40 tahun keatas sebaiknya masuk dalam indikator Indonesia sehat 2010. Registri kanker dan registri penyebab kematian yang telah berjalan di suatu daerah dapat membantu menilai dampak program skrining Sadari.

DAFTAR RUJUKAN

1. Tim Surkesnas. Survei Kesehatan Nasional 2001. Laporan studi mortalitas 2001 : Pola penyakit penyebab kematian di Indonesia. Depkes RI, Badan Litbangkes, Jakarta, 2002.
2. Kosen S. dan Sidharta Y. Estimation of National Burden of Disease in Indonesia -- a Challenge of Epidemiological Transition. HSRDC, NIHRD, 1998.
3. Sarjadi. Cancer Incidence 1990-1999 in Semarang, Indonesia. Indonesian Cancer Society, 1990.
4. Stjernsward J., et al. Plotting a new course for cervical cancer screening in developing countries. World Health Forum, Vol 8 p 42-45, 1987.
5. Stjernsward J., et al. National cancer control programs and setting priorities. Cancer detection and prevention, 9:113-124, 1986.

6. Depkes RI. Standar pelayanan minimal bidang kesehatan di kabupaten / kota. Jakarta, 2003.
7. Depkes RI. Indikator Indonesia sehat 2010 dan pedoman pedoman penetapan indikator provinsi sehat dan kabupaten / kota sehat. Jakarta, 2003.
8. Ahlbom A. and Norell S. Introduction to modern epidemiology. Epidemiology Resources, Chestnut Hill, MA, 1990.
9. WHO. Screening for breast cancer. Online - <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/print.html>.
10. NCI. Screening mammograms : questions and answers. Online <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/detection/screeningmammograms>.
11. Jindawatthana W. Utilization and cost recovery of mammography at national cancer institute, Thailand. List of students Thesis 1999, MSc Health Economics, Faculty of Economics, Chulalongkorn University. Online - <http://www.econ.chula.ac.th/programme/health/thesis/thesis99.html>
12. Barnum H., and Greenberg E.R. Cancers. In - Jamison D.T. et al : Disease Control Priorities in Developing Countries. Oxford University Press, New York, 1993.
13. Sherman C.D. et al. Manual of clinical oncology. 4 th edition. Springer Verlag, Berlin, 1987
14. Eddy D.M. Secondary prevention of cancer : an overview. Bull. WHO, 64(3):421-429, 1986.
15. Sato N. and Ogura T. Benefit-Risk Evaluation of mammographic mass screening. Jpn J Radiological Technology, 46 (11) :1738-46, 1990.
16. Van Parijs L.G. Public education in cancer prevention. Bull WHO, 64(6):917-927, 1986.
17. Muzaham F. Memperkenalkan sosiologi kesehatan. Penerbit UI, Jakarta, 1995
18. Chee H.L. et al. Factors related to the practice of breast self examination (BSE) and Pap smear screening among Malaysian women workers in selected electronics factories. Online-<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/3/3/abstract>